

Feuille d'information sur les demandes de règlement d'Assurance Accident pour Étudiants d'études supérieures

Le présent document contient les questions fréquentes relatives aux demandes de règlement d'assurance accident pour étudiants d'études supérieures.

DEMANDES DE RÈGLEMENT EN CAS DE BLESSURE

- Le formulaire de demande de règlement d'assurance accident pour étudiants d'études supérieures doit être rempli au complet pour que votre demande puisse être traitée. Veuillez vous assurer d'inclure la **Section A - Déclaration du médecin traitant** à la page 2. Celle-ci doit être remplie par le médecin traitant qui a vu en premier l'assuré dans un délai de 30 jours suivant la blessure. Les chiropraticiens, les physiothérapeutes, les infirmières diplômées ou tout autre fournisseur de services **ne peuvent pas** remplir le formulaire.
- Advenant que l'assuré consulte tout d'abord dans un hôpital, une copie du *rapport de sortie de l'hôpital (la fiche médicale n'est pas nécessaire)* peut être présentée au lieu de la déclaration du médecin traitant.
- Les demandes de règlement pour les frais de **physiothérapie/de massages thérapeutiques/d'attelles** doivent être accompagnées des reçus originaux et de la recommandation écrite du médecin traitant qui a prescrit le traitement.

DEMANDES DE RÈGLEMENT POUR DOMMAGES DENTAIRES

- Le formulaire de demande de règlement d'assurance accident pour étudiants d'études supérieures doit être rempli en entier pour que votre demande puisse être traitée. Si vous effectuez une demande de règlement pour dommages dentaires, veuillez vous assurer que la page 1 et la **Section B - Déclaration du dentiste traitant** de la page 2 de la demande de règlement sont remplies par le dentiste traitant qui a vu en premier l'assuré dans un délai de 30 jours suivant la blessure.
- Si vous êtes assuré par plus d'un assureur, veuillez noter que nous demandons à votre assureur d'origine une *explication détaillée des prestations* en plus du formulaire rempli indiquant les traitements et les codes dentaires spécifiques.

IMPORTANT

- La DÉCLARATION AUTORISÉE DE L'INSTITUTION SCOLAIRE doit être remplie et signée par le **représentant autorisé de votre établissement scolaire UNIQUEMENT**. La demande de règlement ne peut être traitée sans cette autorisation.
- Le formulaire de règlement d'assurance accident pour étudiants d'études supérieures doit être envoyé à l'Industrielle Alliance Pacifique, Assurance et services financiers inc. («Industrielle Alliance Pacifique») dans un délai de 90 jours suivant la date de la blessure, peu importe si des frais ont été engagés. Veuillez joindre uniquement les reçus originaux pour tous les frais que vous voulez vous faire rembourser.
- Veuillez noter qu'il est de la responsabilité du demandeur d'obtenir et d'envoyer le formulaire de demande de règlement rempli comme indiqué. Tous les frais engagés pour le faire remplir relèvent aussi de la responsabilité du demandeur.
- Si vous êtes assuré par plus d'un assureur, il y a coordination des prestations. Veuillez présenter vos frais médicaux à votre autre compagnie d'assurance en premier. Lorsque vous aurez reçu une copie de l'explication
- des prestations, veuillez la faire parvenir à l'Industrielle Alliance Pacifique accompagnée des copies des documents relatifs aux frais.

QU'ARRIVE-T-IL APRÈS LA RÉCEPTION DE VOTRE DEMANDE...

- Veuillez noter que toutes les demandes de règlement sont soumises à un processus décisionnel standard. Vous devriez obtenir une réponse dans un délai d'une à trois semaines selon le volume de demandes de règlement. Vous recevrez l'une des réponses suivantes :
 - (A) Paiement ou avis de paiement à un fournisseur.
 - (B) Demande d'information supplémentaire si nécessaire.
 - (C) Acceptation ou refus de la demande de règlement accompagné des raisons.

Retourner le formulaire de demande de règlement rempli à :
Industrielle Alliance Pacifique, Assurance et services financiers inc.
Services des règlements, 2165, Broadway Ouest, C. P. 5900, Vancouver (Colombie-Britannique) V6B 5H6
Tél. : 1-800-266-5667
www.iapacific.com

En fournissant ce formulaire de demande de règlement au demandeur pour des raisons pratiques, la compagnie n'accepte aucune responsabilité ou ne renonce à aucune condition générale de la police. Le fait de fournir ce formulaire de demande de règlement ne signifie pas qu'une personne est couverte. Seules les demandes admissibles seront remboursées.

Procédure de réclamation

LE VERSO DU FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI ET SIGNÉ PAR LE MÉDECIN TRAITANT/DENTISTE POUR TOUTE RÉCLAMATION EN CAS D'ACCIDENT.
IMPORTANT: S.V.P. joindre les reçus originaux de tous frais admissibles pour remboursement. Le formulaire de demande dûment complété doit être reçu par l'Industrielle Alliance Pacifique, Assurance et services financiers inc. dans les 90 jours suivants l'accident, et pas plus tard qu'un an, quels que soient les frais encourus. Veuillez envoyer à l'Industrielle Alliance Pacifique, Assurance et services financiers inc., 2165 Broadway O, C.P. 5900, Vancouver, C.-B., V6B 5H6, Ph: 1-800-266-5667

Renseignements du demandeur

Nom de famille de l'étudiant _____ Prénom _____ Initiale _____ Sexe M F _____

Date de Naissance _____
(J J / M M / A A A A)

Adresse
Rue _____ Ville _____ Province _____ Code Postal _____

Adresse de correspondance (si différente)
Rue _____ Ville _____ Province _____ Code Postal _____

Nom du parent ou tuteur _____

Numéro de police _____ Nom de l'école _____

Renseignements au sujet de l'accident

Date de l'accident _____ Heure de l'accident _____ A.M. P.M.

(J J / M M / A A A A) _____ Lieu de l'accident _____

Veillez expliquer **en détail** comment l'accident s'est produit (Si vous manquez d'espace, utilisez une feuille séparée, signez et datez):

Quelles blessures ont résultées de l'accident?

Renseignements au sujet du traitement reçu

Date de la première consultation pour cet accident: _____ Nom et Adresse du médecin ou dentiste _____

(J J / M M / A A A A) _____

Bénéficiez vous d'indemnités ou services d'une autre assurance groupe ou plan _____ Nom de l'autre compagnie d'assurance _____

Oui Non

Autorisation et Déclaration

Je DÉCLARE SUR L'HONNEUR que les renseignements inscrits sur ce formulaire de demande sont, à ma connaissance, exacts et complets.

De ma part ou de la part d'un mineur assure, je DONNE les renseignements inscrits sur le formulaire de demande à l'Industrielle Alliance Pacifique, Assurance et services financiers inc. («Industrielle Alliance Pacifique») et ADMET que ces renseignements seront utilisés pour évaluer, traiter et administrer cette demande ainsi que la couverture de la police d'assurance J'AUTORISE tout pourvoyeur de soins de santé, compagnie d'assurance, école et administration scolaire, employeur ou autre personne ou organisation à révéler à l'Industrielle Alliance Pacifique tous renseignements médicaux, tous renseignements concernant les frais et tous autres renseignements qu' l'Industrielle Alliance Pacifique pourrait exiger pour l'évaluation de cette demande.

J'AUTORISE l'Industrielle Alliance Pacifique à échanger les renseignements inscrits sur ce formulaire de demande et tous autres renseignements inclus dans les dossiers ayant rapport à cette demande ou à cette assurance, avec les personnes identifiées dans le paragraphe précédent pour les objectifs désignés ci-dessus ou tels qu'autorisés par moi-même ou légalement requis.

Date: _____ Signature du Demandeur : _____
(J J / M M M / A A A A)

Déclaration autorisée de l'Institution scolaire

Nom de l'étudiant _____

Numéro de police _____ Nom du groupe _____

Nous certifions que le demandeur ci-dessus était enregistré, le jour de l'accident, en tant qu'un :

Étudiant à temps plein (3 cours et plus) Étudiant à temps partiel

Signature : _____ Date signée _____
Signature d'une personne autorisée par l'Institution scolaire (J J / M M M / A A A A)

Il incombe au demandeur de faire remplir le présent formulaire à ses propres frais.

